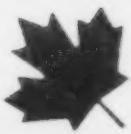
Government of Canada / Gouvernement du Canada
National Advisory Council on Aging / Conseil consultatif national sur le troisième âge

INTERGOVERNMENTAL RELATIONS AND THE AGING OF THE POPULATION

Challenges Facing Canada

ATIONAL
DVISORY COUNCIL ON AGING

Canada



91-05663/

INTERGOVERNMENTAL RELATIONS AND THE AGING OF THE POPULATION

Challenges Facing Canada

National Advisory Council on Aging
March 1991

Members may be contacted through:

Secretariat
Susan Fletcher, Executive Director
National Advisory Council on Aging
OTTAWA, Ontario
K1A OK9
Tel: (613) 957-1968
Fax: (613)957-9938

NACA's "Challenges" collection identifies issues that need to be resolved through collective or individual action and provides a basis for informed discussion. These documents do not constitute policy statements of the Council.

© Minister of Supply and Services
Canada 1991
Cat. No. H71-3/15-1991
ISBN 0-662-58155-5

What is the National Advisory Council on Aging?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of National Health and Welfare on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging. In carrying out its responsibilities, NACA also works closely with the Minister of State for Seniors.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

Members of the National Advisory Council on Aging

Chairperson

Blossom T. Wigdor
Toronto, Ontario

Members

Frank Appleby
Athabasca, Alberta

Maurice Bérubé
Rimouski, Quebec

Julia Best
Southern Harbour, Newfoundland

Andrea Boswell
Scarborough, Ontario

Ruth Carver
London, Ontario

Evan Dickson
Fergus, Ontario

Tina Donald
Summerside, Prince Edward Island

Louise Francoeur
Saint-Bruno, Quebec

Barbara Gregan
Fredericton, New Brunswick

Mary Hill
Vancouver, British Columbia

Marguerite Hogue-Charlebois
Montreal, Quebec

John MacDonell
Antigonish, Nova Scotia

Wilma Mollard
Saskatoon, Saskatchewan

Abe Okpik
Iqaluit, Northwest Territories

Noella Porter
Sainte-Foy, Quebec

Jake Suderman
Winnipeg, Manitoba

Yvon-R. Tassé
Sillery, Quebec

Table of Contents

Preface 1

1. Introduction 3

2. Income Security
2.1 Description of legislation and programs 4
2.2 Impact on seniors 5
2.3 Challenges 6

3. Health
3.1 Description of legislation and programs 7
3.2 Impact on seniors 8
3.3 Challenges 10

4. Social Services
4.1 Description of legislation and programs 10
4.2 Impact on seniors 11
4.3 Challenges 11

5. Housing
5.1 Description of legislation and programs 12
5.2 Impact on seniors 13
5.3 Challenges 15

6. Conclusion 16

References 18

Preface

The population of seniors in Canada is increasing in both proportion and numbers at a time when the nature of federal-provincial relations is being questioned intensely in all areas of the country. The National Advisory Council on Aging (NACA) judged that now is the appropriate moment to analyze the legacy of federal and provincial legislation and programs affecting seniors, and to reflect on the advantages and drawbacks of having two levels of government (and sometimes three, when municipalities are involved) responsible for delivering services to an aging population.

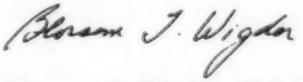
The scope of federal and provincial programs that potentially affect the senior population extends to all areas of government intervention. The four major areas which are the focus of this report, however, are income security, health, social services and housing. Following a brief overview of the important programs in each area, the impact of these programs on seniors—and of their interaction—is discussed. NACA has identified in each program area a number of challenges that must be addressed to meet the needs of an aging population. To successfully respond to the changing needs of Canadians in an evolving political context, governments at all levels must display creativity, sensitivity and co-operation. This report is directed to policy makers and program planners in government and non-governmental agencies as well as to seniors' associations and to individual seniors in the hope that they may better understand the political and legislative context of services for seniors in Canada and strive for necessary changes to meet better the needs of an aging population.

NACA is grateful to Daniel Tremblay, professor of Social Sciences at the Université du Québec in Hull, for the thorough and scholarly review and analysis which formed the basis of this document. Thanks are due as well to the experts in the federal and provincial governments and the scholars who verified the accuracy of the report and suggested a number of challenges, in particular: Satya Brink, Bill Campbell, Pierre Fortier, Betty Havens, Philip Hepworth, Jean-Louis Lapointe, Evelyn Shapiro, Bill Tholl, the staff of the Health Policy Division and the Program Policy, Appeals and Legislation Directorate of the Department of National Health and Welfare and the staff of Alberta Health.

Thanks are owed to the Council members who served on the ad hoc committee and on the Special

Projects Committee that directed this research. These members diligently waded through many drafts of the text and provided valuable advice.

Finally, I wish to express my gratitude to Susan Fletcher, Executive Director of NACA, who supervised the project and to Louise Plouffe, NACA's Policy Analyst, who penned the final version.



Blossom T. Wigdor, CM, PhD
Chairperson

1
Introduction

During this century, Canadian governments at all levels—federal, provincial and municipal—have established programs in a number of areas, including income security, health care, social services and housing, to assure a basic quality of life for all Canadians. In developing and delivering these programs, the respective roles of the federal and provincial governments were based on the division of legislative powers and responsibilities originally apportioned in the *British North America (BNA) Act* of 1867 and replaced by the *Constitution Act* of 1982. Both these acts generally assign matters of broad national interest to the federal government and matters of a local or particular nature to the provincial governments, who may delegate some powers to municipalities. This sharing of powers requires close co-operation between the federal government and the provinces to ensure effective policies, to increase efficiency, to minimize duplication and to control costs, while respecting the legislative jurisdiction of each.

Recently, Canada's health and social programs have been under pressure as a result of many factors, including changes in the economy, the financial constraints experienced by federal, provincial and municipal governments, the current evolution of intergovernmental relations, and population aging.[1]

This document has three objectives:

1. to describe the current situation regarding the principal federal and provincial/territorial programs that have a major impact on the lives of seniors;
2. to show how these programs interact and how this interaction affects seniors; and
3. to identify the challenges resulting from these interactions which must be addressed to ensure an adequate quality of life for all Canadian seniors.

Four program areas are highlighted: income security, health, social services and housing. The programs which are examined are those directed to the general population; those that are targeted to specific groups, such as veterans or Natives, are not considered.

2
Income Security

2.1 Description of legislation and programs

Under the Canadian Constitution, the federal Parliament and provincial/territorial legislatures have the right to legislate in the area of income security for seniors. This is, in fact, one of the few areas where the legislative power of both levels is explicitly recognized in the Constitution.

The legal basis for federal programs (Old Age Security, Guaranteed Income Supplement, Spouse's Allowance) is the *Old Age Security Act*. The best known of these programs is the Old Age Security (OAS), for which every Canadian over 65 who meets the minimum residency requirement is eligible. The benefits provided under this program are fully indexed to the Consumer Price Index (CPI). They are taxable, however, and as of the 1989 taxation year, are subject to an additional "tax-back" from seniors with a net income exceeding $50,000.[2] The Guaranteed Income Supplement (GIS) is intended only for people over 65 receiving OAS and in difficult financial circumstances. Unlike the OAS, the level of GIS benefits varies according to the declared family income and marital status of the recipient. Another important difference is that GIS is not taxable. The GIS also is indexed to the CPI. The Spouse's Allowance (SPA) program resembles the GIS, but is targeted to persons aged 60-64 who are married to GIS recipients or who are widows or widowers. Like the GIS, this program was created to improve the financial situation of certain segments of low-income older Canadians.

Although all provincial and territorial governments have legislative jurisdiction to establish income security programs for seniors, to date only the two territories and six provinces have used this prerogative. The six provinces are British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario and Nova Scotia. Because provincial/territorial authorities were free to design these programs as they wished, each has its own specific features. For example, the size of the supplement varies from one jurisdiction to the other, although the amounts granted are generally only a fraction of the benefits of the federal government programs. The programs are similar, however, in that potential recipients in each province or territory must be receiving either the GIS or the SPA.

A significant part of the Canadian income security system for seniors is provided through the Canada Pension Plan (CPP) and the Quebec

Pension Plan (QPP). Only seniors who contributed to these plans during their working years and their surviving or divorced spouses or children are eligible to receive pension benefits.

Moreover, the CPP can be amended only with the agreement of the federal government and two-thirds of the provinces/territories comprising at least two-thirds of the population.[3] Under the terms of the CPP, all provinces have the right to opt out of the CPP and establish their own comparable plan, but to date, only Quebec has done so. Quebec acts unilaterally in amending the QPP.

Income security programs are supplemented by tax breaks offered to seniors by governments at both levels. As well, incentives have been developed to encourage people to save for their retirement; the best known are the registered retirement savings plans (RRSPs).

Finally, there is a wide range of occupational pension plans, most of which are subject to provincial/territorial pension benefits standards legislation. Nevertheless, most workers in the private sector are not covered by any of these private plans.[4]

2.2 Impact on seniors

Generally, the financial situation of Canadian seniors has improved over the past twenty years. The development of income security programs and especially of the Canada and Quebec Pension Plans has made an important contribution in this respect. The requirement for federal-provincial consensus to change the CPP makes the Plan uniform and stable and hence, less vulnerable to political whim. As manager of its own plan, Quebec has been able to act unilaterally to improve benefits. On the whole, changes to one plan have been eventually made to the other, so as to maintain substantial parallelism between the CPP and QPP. For example, flexible retirement was introduced to the QPP in 1984 and to the CPP in 1987; a new formula for calculating the ceiling of earnings which was introduced to the CPP in 1987 was adopted by Quebec soon after.

Although the various levels of government have the power to legislate regulations governing occupational pension plans, improvements in this area have been relatively modest. One of the reasons is that the co-operation of the private sector and of unions has not been forthcoming.[5] Furthermore, federal or provincial/territorial governments wishing to amend their regulations are not obliged to act in consultation and co-operation with one another; this autonomy makes it difficult to improve occupational pensions in a concerted manner. Movement in this direction has begun. As a result of extensive consultations, changes encompassing many uniform provisions have been made to federal pension standards and to most provincial standards for private pensions. Many of the common flaws are being corrected,

among them, low benefit levels and lack of portability, indexation, survivor benefits and vesting of contributions.

The autonomy of each provincial/territorial government is also problematic in the case of income supplements. Efforts to improve the income security system for all Canadian seniors are further complicated because provincial/territorial authorities are free to create, eliminate or modify such programs as they deem appropriate.

The interaction of federal and provincial/territorial programs has a number of consequences on the economic situation of seniors. In particular, the Guaranteed Income Supplement and provincial/territorial top-ups are vulnerable to changes in governments and thus may not be a reliable source of income.[6] It would be far preferable for all seniors to receive the benefits of a program to which they have contributed before reaching retirement age (e.g., CPP or QPP and private occupational pension plans) and whose benefits provide an acceptable standard of living. A safety net, however, will always be required to protect those who have not been able to contribute regularly to a pension plan.

Other examples of the impact of the interaction of federal and provincial/territorial legislation and programs on seniors' income security include the inequities in the economic well-being of seniors living in different provinces, and the fact that government authorities at each level can respond to demands from seniors for improved income security by claiming it is the responsibility of the other while the private sector can respond that income security is the responsibility of government.

2.3 Challenges

The principal challenges are to:

- eliminate inequities in economic well-being among seniors in different provinces which result from either the lack of or the wide disparities in income supplements offered by the provinces-territories;
- harmonize federal and provincial-territorial programs to avoid overlaps and eliminate gaps, in particular, the inadequate protection of unattached women and of immigrant seniors;
- improve through legislation the provisions of private occupational pension plans (e.g. vesting, portability, benefits to survivors, indexation) and increase the number of workers covered by such plans in the private sector;
- ensure the protection of funds in private pension plans through legislation; and
- ensure that the federal-provincial-territorial decision-making process can respond readily to implement changes in the CPP designed to expand its coverage and fairness.

3
Health

3.1 Description of legislation and programs

The constitutional power to legislate in the area of health care rests mainly with the provinces. The provinces have responsibility for planning and delivering health programs. In other words, the provinces determine what services will be provided, where they will be available, how they will be delivered, at what cost and how they will be funded. The federal government's involvement is through the spending power attributed to it under the Constitution. The federal government also has the sole responsibility for the health care of certain groups such as the Armed Forces, pensioned veterans, Native peoples, the Royal Canadian Mounted Police, immigrants or refugees in certain stages of the immigration process and people living in the Yukon.[7] Moreover, it regulates drugs, collects data on the incidence of disease and maintains emergency medical services.

The first major entry of the federal government in the area of health policy was the establishment of the federal Department of Health in 1919. One of the Department's first functions was to provide federal grants-in-aid for the control of venereal disease. This was the first use of federal financial assistance to supplement municipal and provincial finances in order to promote public health and social well-being on a national basis.

The first major cost-sharing venture of the federal government occurred in 1948 with the implementation of the National Health Grants Program. This program offered federal financial support to a wide range of provincial health services, including hospital construction and training health personnel; as well, it established the possibility of developing a national health insurance scheme. The *Hospital Insurance* and *Diagnostic Services Act*, enacted in 1957, provided for cost-sharing of hospital operating expenses as long as the participating provinces implemented hospital insurance plans that were universal and portable, entailed adequate hospital standards and record keeping and ensured public administration. It also established equalization payments so that poorer provinces could provide hospital services comparable to those of the richer provinces.

In 1966, *The Medical Care Act* was passed by Parliament to cover medical services. According to the terms of this Act, the federal government cost-shared medical fees with the provinces who adhered to the following four conditions:

- comprehensiveness of coverage of insured services;
- universality;
- interprovincial portability; and
- public administration.

By 1971, all provinces had opted in.

Since 1977, the level of federal support has been determined by the provisions of the Established *Programs Financing Act* (EPF)[8] under which the federal government's contribution takes the form of a per capita cash contribution and a transfer of personal and corporate income tax points. This contribution allows the provinces to provide those health services they deem necessary for their populations. In addition, a further per capita amount is paid to encourage the provinces to develop extended health care services, such as home care, ambulatory health services, intermediate care in nursing homes and adult residential care.

Since 1984, the conditions of the *Canada Health Act* require the provinces to administer their health programs in a manner that respects its principles in order to benefit fully from the federal financial contribution. These criteria and conditions include the four previously set under the *Medical Care Act* and "accessibility" becomes a fifth condition. Accessibility is defined in the Act as: "Reasonable access by insured persons to insured services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means." If the provinces fail to comply, federal funding can be reduced and, in the event of extra-billing or user charges, federal funding must be reduced by an equivalent amount.

Although each province has its own legislation in the health field, the basic provisions are similar from one jurisdiction to another. This is because such legislation was adopted in response to the federal initiatives to develop a national health insurance scheme. However, since the provincial governments are free to orient their systems in the way they deem appropriate, some differences have emerged, with some provinces developing much sooner than others a broad range of extended and supplementary services.

Since the mid-1970s the relative contribution of the federal government to total provincial health spending has decreased. Thus, provinces have had to rely increasingly on their own resources while having to meet national standards or risk financial penalties for those basic services covered by the *Canada Health Act*. At the same time they are facing new challenges, one of which is the growing proportion of seniors in the population.

3.2 Impact on seniors

Seniors have the same basic health benefits as the rest of the population and, depending on the province where they live, they may also have various supplementary services (e.g. drug benefits). While seniors as a group are quite healthy, a relatively small proportion makes disproportionate use of the health care system.[9] This has led to

alarming and gloomy predictions for the future of the system. Yet, the impact of population aging on the growth of public health care expenditures in Canada has been less significant than predicted in the 1970s.[10]

The major reasons for rising health care costs are within the health care system itself, specifically, problems in service delivery, administration, planning and funding priorities.[11] In essence, the dominant approach to health care continues to be institution-based and curative. Curative institutional services are not only costly—they currently represent 80 cents of every health dollar[12]—, they are also largely inappropriate for an aging population.

Although seniors, like everyone, experience acute conditions requiring curative health services, most of their health problems can be described as long-term, chronic disorders requiring multidimensional support including home care, and in some cases institutional care.

The interplay of federal and provincial legislation has an indirect but significant impact on the well-being of seniors in long-term care facilities. These institutions provide health care and a variety of other services (e.g. hygiene, meals, accommodation) that are not strictly medical. This leads to complex federal-provincial funding arrangements. For example, while medical and nursing care are financed through the health care system, personal care and accommodation are variously funded through that system, through the Canada Assistance Plan[13] or through payments by the facility's residents, or some combination of same.

The result is that the system of residential institutional care is highly variable; provincial authorities determine admission criteria, accommodation costs, and so on. The diversity in institutional care is compounded by the fact that most provinces entrust the provision of care to municipalities, to non-profit agencies, or to the private sector.

Although health care at home is often considered a more cost-effective alternative than institutional care and the preferred solution for many seniors, the interaction of federal and provincial programs and legislation also complicates service provision in this area.

For the institutional and home care services funded through the health care system, federal funding is provided under the Extended Health Care Services (EHCS) on a per capita basis and is not conditional on the provinces' respecting the five criteria of the *Canada Health Act*. The provinces are simply required to provide the federal government with information about the services funded by the EHCS and to recognize the federal contribution.

The consequences have been numerous: absence of consistent standards in the development of programs and services; disparity in costs and access to the senior users; lack of co-ordination between the public, community and private sectors; difficulty encountered by

government authorities in meeting demands or controlling the quality of services; and variations in enforcing optimal standards in for-profit health services.

3.3 Challenges

The Canadian health system has a good reputation in the eyes of both its users and many foreign observers. However, it also has some shortcomings. The main challenges are to:

- ensure that the provincial health insurance schemes continue to adhere to the criteria set out in the *Canada Health Act*;
- ensure the development of an integrated and complete health care system, with an adequate range of both institution-based, curative facilities and community-based centres emphasizing health promotion, support and restoration;
- ensure that any privatization and commercialization of health care services adheres to the principles underlying the Canadian health insurance system;
- develop common definitions and optimum standards for long-term care delivered in the home or in residential facilities; and
- co-ordinate better funding arrangements between the federal and provincial governments in the areas of social and health programs, so as to meet better the health needs of frail seniors, whether they are living at home or in an institution.

4

Social Services

4.1 Description of legislation and programs

All three levels of government participate in the area of social services, but the provinces/territories and municipalities are more directly and visibly involved in the administration of these programs, including the design, comprehensiveness, eligibility criteria and method of delivery. The spending power of the federal government granted under the Constitution allows Parliament to set the conditions for sharing the costs of social services with the provinces.

The federal involvement in this area is through the Canada Assistance Plan (CAP). Under agreements with the provinces,[14] the federal government shares on a 50-50 basis the costs incurred by provinces and municipalities in providing a number of welfare services which pertain to persons, including seniors, who are in need or likely to become in need unless such services are provided.

The federal-provincial arrangements for social services differ from those for health care with respect to funding, access and delivery. The major distinctions are:

- CAP is a needs-tested rather than a universal program;
- there is no minimum array of social services to be provided. (It is left to the provinces to establish the range of programs);
- some services which are delivered as social services in one province may be delivered as health services in another, or not at all;
- there is a lack of uniformity in the terms used to describe similar services in different provinces; and
- social services established for-profit are not normally cost-shared.

4.2 Impact on seniors

Seniors who are assessed to be in need can receive the following services, if they are available in the home province: home support services such as meals at home, help with clothing, transportation, personal care and home help; rehabilitation services; residential services (retirement homes); and funeral services. Although these resources are not intended specifically for seniors, they may nevertheless be the major users.

The results of the interaction (or lack thereof) of federal and provincial legislation are evident in the delivery of residential and home support services. It would certainly not be just to attribute all the problems in the area to intergovernmental relations, but this aspect of the issue is not stressed sufficiently.[15] Depending upon their resources, their particular philosophy, the proportion of seniors in the province, their traditions, or yet other factors, the provinces each decide whether or not they will establish a home support network, impose a schedule of fees for users, entrust service delivery to provincial, municipal or community agencies, establish a system for selecting target groups for service and so on. In some provinces, where substantial and systematic efforts have been made to establish such services, seniors can receive a relatively integrated and effective range of residential and home support services; in others, the services are inadequate and unlikely to meet the requirements of seniors.

Finally, the targeting of CAP funding to programs serving those in need or in danger of being in need has left the door open to the development of for-profit services for persons who do not meet eligibility criteria. Although some provinces have moved to regulate such services, there are as yet no national criteria to ensure optimal quality of all social programs across Canada.

4.3 Challenges

The challenges are to:

- establish common definitions and optimum standards for social services;
- agree to provide a minimum range of social services in every province, particularly in rural areas;
- integrate social services in a coherent fashion with the health care system and social housing programs; and
- regulate the for-profit service industry.

5
Housing

5.1 Description of legislation and programs

Housing is a vital component of social policy because it is critical to individual welfare. Of the basic needs, it is the most expensive to fulfil.

Both the federal and provincial governments have legislative powers and responsibilities in the area of housing. As well, the municipalities have regulatory and some taxation powers, the limits of which are legally defined by the provincial legislature, but which in fact may be considerable. A municipal zoning regulation, for example, may either help or hinder the development of a housing project.

The *National Housing Act* (1944) is the legislative framework for federal policy. The purpose of the Act was to improve housing and living conditions for Canadians. It specified the federal government's financial contributions to the provinces for housing and established a federal agency for housing matters.

Further to this Act, bilateral agreements have been signed with all provinces, except Prince Edward Island and the two territories. These agreements govern federal-provincial co-operation on housing and establish the respective roles of the two levels of government in the development, management or maintenance of projects. Where agreements exist, social housing programs are delivered in one of two ways: joint federal-provincial projects or projects delivered directly by the federal government. In either case, the provincial governments can develop complementary or top-up programs according to their own priorities.

The federal and provincial-territorial governments involved in housing entrust the management of housing to agencies created by legislation. The name and responsibilities of the agencies vary. At the federal level, it is the Canada Mortgage and Housing Corporation which has the mandate "to promote the construction of new houses, the repair and modernization of existing houses and the improvement of housing and living conditions." As well, municipalities may have a housing section and some also have municipal non-profit housing corporations.

There are no federal housing programs exclusively for elderly Canadians although many are occupants of social housing provided through four federal programs under a measure known as "core housing need". This measure is used to target assistance to those experiencing housing problems identified as households spending more than

25-30 per cent of their income to obtain suitable and adequate housing in their locale.

The four major federal social housing programs benefiting older Canadians are the Public Housing Program, the Non-Profit Housing Program, the Rent Supplement Program and the Residential Rehabilitation Assistance Program. Under the authority of either the provincial or the federal government (depending on the terms of the bilateral agreement) housing provided through these programs is built by private, non-profit or co-operative developers.

Under the Public Housing Program, the federal government either cost-shares with the provinces capital costs and operation losses on a 75/25 basis or provides loans of 90 per cent of value for the construction and shares operating losses equally. Tenants pay rent geared to income. New housing projects are no longer being initiated under this program; it is now limited to the operation of the existing public housing stock.

The Non-Profit Housing Program was established to provide funding to non-profit private and public organizations (including provincial and municipal agencies, permanent housing co-operatives, etc.) wishing to construct or acquire housing that they will own and manage and that will offer affordable housing to households in core housing need. Residents pay rent geared to income.

The Rental Supplement Program assists needy households living in private rental housing by subsidizing rents through long-term agreements with landlords.

The purpose of the Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP) is to encourage the improvement and repair of homes of core-need families. Government assistance is granted in the form of a loan. Depending on the financial situation of the household and the location of the property, part of the loan can be forgiven. As well, the RRAP for the Disabled offers loans, a part of which may be forgiven to improve accessibility to and within buildings.

In addition to these four social housing programs for core-need households, seniors also benefit from the Federal Co-operative Housing Program. This program assists co-operative non-profit housing associations to build or buy housing for moderate income households.

Although there are no federal housing programs specifically for seniors, provincial governments may develop complementary or "stacked" programs directed to seniors. For instance, provinces offer a property tax rebate to seniors and six of the provinces (British Columbia, Manitoba, Ontario, Quebec, New Brunswick and Nova Scotia) have implemented housing allowance programs for seniors which reimburse the proportion of their rental costs deemed to be excessive.

5.2 Impact on seniors

A large number of seniors have benefited from government-

sponsored housing programs, yet difficulties remain.

Many housing units for low-income households were developed under the Public Housing and Non-Profit Housing Programs until the 1970s. Many of these units are now occupied by seniors. Since the end of the 1970s, however, both the federal and provincial governments are less involved in construction and private ownership of housing, although they remain key players through financing of assistance to non-profit organizations and housing co-operatives. Thus, the construction of new social housing units has slowed considerably while the number of seniors has increased steadily. Of concern is the shortage of low-rental units and the need for a range of housing adapted to seniors' requirements and especially units for the assisted independent living of frail elderly and disabled individuals.

The emphasis has shifted to maintaining and upgrading existing housing. The RRAP, for example, has benefited low-income seniors who live in aging dwellings and would otherwise lack the means to improve their homes.

As well, attention now is being directed to aging public housing units. About half the residents in public housing are seniors and as they get older, their requirements must also be taken into consideration. This has meant that housing originally developed as independent living units is now occupied by residents requiring considerable health and social services. The mismatch between public housing and household requirements must be reduced to make effective use of the public housing available and to improve the quality of life of the senior residents.

Government programs have provided good quality housing stock but have failed to provide the range of housing designs, construction specifications and locations required by an aging population. This lack is, in part, the result of some of the requirements or regulations imposed by the various governments. While some regulations ensure that housing is appropriate for seniors, others hinder the development of housing solutions that would be beneficial to them. For example, some design specifications, such as door width and the tension on door closures, are not suitable in housing for an aging population. As well, municipal governments continue to have zoning regulations that have had the effect of slowing the development of special housing for seniors, such as congregate housing, accessory apartments and garden suites.

Rather than offering subsidies for housing construction, governments have moved to providing income subsidies to assist low-income individuals; evidence of this is the proliferation of provincial housing allowances. This policy has not been particularly effective because governments have relinquished their control of housing construction, especially with respect to its suitability for an aging population.

Finally, although considerable public funds continue to be spent on housing it may not succeed in eliminating the housing problems experienced by seniors. Affordability continues to be a problem for some seniors and it is becoming increasingly apparent that housing for an aging population must be integrated with the delivery of health and social services. The impact of policy modification in the housing sector must be considered separately and in conjunction with policies in income security, health and social services.

5.3 Challenges

The challenges are to:

- ensure that housing programs across Canada are equally effective in meeting the requirements of core-housing need groups, especially seniors;
- develop collaboration among federal, provincial and municipal governments to provide a range of affordable, accessible housing designs and locations that meet seniors needs and to modify building specifications as required;
- facilitate the involvement of community players with governments at all levels in providing housing and housing assistance to seniors; and
- develop a multi-sectorial and intergovernmental policy framework that integrates income security, health and social services, and housing.

6
Conclusion

The Fathers of Confederation thought that power-sharing, as established under the Constitution, would have the effect of limiting potential causes of tension between levels of government. The Constitution was designed when the involvement of government in social affairs was negligible and it is perhaps in this area where the problems arising from power-sharing have been most acute. As well, recent events have amply demonstrated just how difficult it is politically and legally to amend the terms of the Constitution.

With the development of a public system of social support, the provinces and territories assumed heavy responsibilities towards seniors. Their fund-raising powers, however, have been limited in comparison to those of the federal government. Co-operation and compromise between governments hence have been essential. As new economic and political factors have come into play, pressure on the provinces and territories has increased. The adoption of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, the signing of the Free Trade Agreement with the United States, the growing national debt and the political assertion of some provinces are a few of the factors which impinge indirectly on the development of social policies required to meet the challenges of an aging population.

The suggestions in this document to improve social programs benefiting seniors in the areas of income security, social services, housing and health care centre on the co-ordination, harmonization and standardization of services across Canada.

Nevertheless, it must be recognized that such a centralized approach to Canadian federalism sacrifices regional differences and distribution of power. The Canadian social support system has been the result of a balancing act attempting to ensure services while respecting provincial autonomy. This has produced a legislative heritage which has had less than ideal consequences. What is needed is a national multi-sectorial (income security, health, social services and housing) aging policy that involves all levels of government.

To date, the federal government has played a leadership role in the development of income security, health, social and housing programs across the country through its financial leverage. By continuing to finance these programs, the federal

government can retain influence on provincial developments and promote regional equity.

The challenge of population aging is not easy for countries with a unitary political system, let alone for a federation. Canadian governments at all three levels thus must display lucidity, flexibility and collaboration if this challenge is to be met.

References

1. Demographic projections for the year 2011 indicate that people aged 65 and older will constitute slightly over 15 per cent of the Canadian population, in comparison to 10.7 per cent in 1986. After the year 2011, the baby boom generation will begin to reach 65, thus adding significantly to the senior population. By the year 2021, persons aged 65 or more will form approximately 20 per cent of the Canadian population. (Stone, L. O. and S. Fletcher. (1986). *The Seniors' Boom*. Ottawa: Minister of Supply and Services.)

2. Starting in the 1989 tax year, OAS payments are "taxed back" at a rate of 15 per cent of net income in excess of $50,000. This tax-back will be phased in over three years; in 1989, only one-third of the calculated tax-back is payable; in 1990, two-thirds is payable; and the full amount is payable in 1991 and subsequent years. For 1990 and subsequent years, the $50,000 threshold at which income becomes taxable will be partially indexed to inflation at the rate of "CPI minus 3 per cent".

3. Improvements to the Canada Pension Plan were agreed upon by the federal and provincial/territorial governments in 1985 and were enacted in 1987. CPP contribution rates are reviewed every five years.

4. Myles, J. and L. Teichroew. (1990). Une politique dualiste: la politique de la vieillesse au Canada. In H. David (ed.). *Le vieillissement au travail*. Montreal: Institut de recherche appliquée sur le travail.

5. Some unions, for example, have been reluctant to advocate for occupational pensions for low-income workers as the future benefits from such plans would not necessarily be higher than benefits from OAS/GIS and the workers would additionally have their contributions deducted from their current wages; hence they would suffer short-term pain with no guarantee of long-term gain.

6. Although income security programs can be modified or eliminated through legislation, the public outcry in 1984 when the federal government attempted to partially deindex OAS benefits gives reason to believe that such legislative actions potentially could encounter much popular resistance.

7. Like the provinces, the Northwest Territories have jurisdiction over the delivery of health services. The

Yukon, on the other hand, depends largely on health care services provided by the federal government through the Department of National Health and Welfare.

8. Subsequently titled the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act.*

9. Seniors aged 75 or more use almost four times as many medical services per capita as do persons aged 15 to 44.
(Crichton, A. and D. Hsu. *(1990). Canada's Health Care System: Its Funding and Organization.* Ottawa: Canadian Hospital Association Press.)

But this service use is mostly in the last months or year of their lives.
(Evans, R. (1987). Hang Together or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Society. In *Canadian Public Policy*, 13 (2), pp.: 165-180.)

10. Roos, N., Shapiro, E. and B. Havens. (1986, May). Aging with Limited Resources: What Should We Really Be Worried About? In *Aging with Limited Health Resources: Proceedings of a Colloquium on Health Care.* Ottawa, Economic Council of Canada. pp. 50-56.
Evans, R., op. cit.

11. National Advisory Council on Aging. (1991). *The NACA Position on Health Care Costs and an Aging Population.* Ottawa: Minister of Supply and Services.

12. Tremblay, D. Relations inter-gouvernementales et vieillissement démographique: Défis canadiens. Unpublished report.

13. See Section 4 for details on the Canada Assistance Plan.

14. The term provinces in this section includes the two territories. Funding arrangements between the federal government and Quebec are based on a transfer of a block of funds rather than sharing the cost of specified services.

15. Tremblay, D., op. cit.
Hepworth, P. (1990). (Personal communication in response to an earlier draft of the present document).

LES RELATIONS INTERGOUVERNEMENTALES ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION AU CANADA

Les défis à relever

C NSEIL CONSULTATIF NATIONAL
S R LE TROISIÈME ÂGE

(nadä

LES RELATIONS INTERGOUVERNEMENTALES ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION AU CANADA

Les défis à relever

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Mars 1991

Les membres peuvent être rejoints
par le biais de la personne qui suit:

Secrétariat
Susan Fletcher, directrice exécutive
Conseil consultatif national
sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A OK9
Tél.: (613) 957-1968
Télécopieur: (613) 957-9938

La collection des «Défis» que publie le CCNTA identifie les questions qu'il faut résoudre de façon collective ou individuelle. Elle founit également l'assise de discussions éclairées. Les «Défis» ne constituent pas des énoncés de politiques du Conseil.

© Ministre des Approvisionnements
et Services Canada 1991
Nº de cat. H71-3/15-1991
ISBN 0-662-58155-5

En quoi consiste le Conseil consultatif national sur le troisième âge?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'assister le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aîné-e-s. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieil-lissement. Pour mener à bien ces activités, le CCNTA travaille en étroite collaboration avec le ministre d'État pour le Troisième Âge.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

Membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge

Présidente

Blossom T. Wigdor
Toronto, Ontario

Membres

Frank Appleby
Athabasca, Alberta

Maurice Bérubé
Rimouski, Québec

Julia Best
Southern Harbour, Terre-Neuve

Andrea Boswell
Scarborough, Ontario

Ruth Carver
London, Ontario

Evan Dickson
Fergus, Ontario

Tina Donald
Summerside, Île-du-Prince-Édouard

Louise Francoeur
Saint-Bruno, Québec

Barbara Gregan
Frédéricton, Nouveau-Brunswick

Mary Hill
Vancouver, Colombie-Britannique

Marguerite Hogue-Charlebois
Montréal, Québec

John MacDonell
Antigonish, Nouvelle-Écosse

Wilma Mollard
Saskatoon, Saskatchewan

Abe Okpik
Iqaluit, Territoires du Nord-Ouest

Noëlla Porter
Sainte-Foy, Québec

Jake Suderman
Winnipeg, Manitoba

Yvon-R. Tassé
Sillery, Québec

Table des matières

Préface 1

1. Introduction 3

2. Sécurité du revenu
2.1 Description de la loi et des programmes 4
2.2 Incidences sur les aîné-e-s 5
2.3 Les défis à relever 7

3. Santé
3.1 Description de la loi et des programmes 7
3.2 Incidences sur les aîné-e-s 9
3.3 Les défis à relever 11

4. Services sociaux
4.1 Description de la loi et des programmes 12
4.2 Incidences sur les aîné-e-s 12
4.3 Les défis à relever 13

5. Logement
5.1 Description de la loi et des programmes 14
5.2 Incidences sur les aîné-e-s 16
5.3 Les défis à relever 17

6. Conclusion 18

Références 20

Préface

Au Canada, la population âgée augmente tant en nombre qu'en proportion et cela, à une époque où la nature des relations fédérales-provinciales est remise en question partout au pays. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a jugé que le moment était venu d'analyser notre héritage fédéral et provincial en matière de législation et de programmes affectant les aîné-e-s, ainsi que de réfléchir aux avantages et aux inconvénients d'avoir deux, sinon trois, paliers de gouvernement responsables de la présentation de services à une population vieillissante.

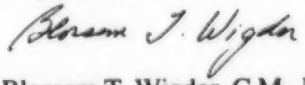
La portée des programmes fédéraux et provinciaux qui peuvent affecter les aîné-e-s s'étend à tous les secteurs d'intervention du gouvernement. Toutefois, ce document s'intéresse surtout à la sécurité du revenu, à la santé, aux services sociaux et au logement. Il présente d'abord une vue d'ensemble des principaux programmes dans chacun de ces secteurs, puis examine les conséquences de ces programmes sur les aîné-e-s. Le CCNTA a par ailleurs identifié une série de défis auxquels on devra faire face pour répondre aux besoins des aîné-e-s. Et pour satisfaire les besoins mouvants des Canadiens et des Canadiennes dans le contexte changeant actuel, tous les gouvernements doivent collaborer et faire preuve de créativité et de sensibilité. Ce rapport s'adresse tant aux décideurs et aux planificateurs de programmes du gouvernement et des agences non-gouvernementales qu'aux organismes d'aîné-e-s et aux individus. Il vise à leur faire mieux comprendre les contextes politique et législatif des services offerts aux aîné-e-s du Canada et à les inciter à apporter les changements qui seraient utiles à une population vieillissante.

Le CCNTA remercie Daniel Tremblay, professeur de Sciences sociales à l'Université du Québec à Hull, pour son analyse et ses commentaires. Ils ont formé la base de ce document. Le Conseil remercie aussi les experts des gouvernements fédéral et provinciaux et les spécialistes qui ont vérifié l'exactitude du rapport et mis en lumière plusieurs des «défis». En particulier, ce sont Satya Brink, Bill Campbell, Pierre Fortier, Betty Havens, Philip Hepworth, Jean-Louis Lapointe, Evelyn Shapiro, Bill Tholl, le personnel de la Division des politiques de la santé et celui de la Direction des politiques, des appels et de la législation des programmes au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et, finalement, le ministère de la Santé de l'Alberta.

Le CCNTA tient aussi à remercier les membres du Conseil qui ont dirigé cette recherche au sein du comité ad hoc et du Comité des pro-jets spéciaux. Ces membres ont laborieusement travaillé à plusieurs ébauches et fourni de précieux conseils.

Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude à Susan Fletcher, directrice exécutive du CCNTA, qui a supervisé le projet, ainsi qu'à Louise Plouffe, analyste des politiques du CCNTA, qui a rédigé la version finale.

La présidente,



Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.

1
Introduction

Au cours du XXe siècle, tous les paliers de gouvernement—fédéral, provincial et municipal—ont mis en place un certain nombre de programmes dans plusieurs secteurs, y inclus la sécurité du revenu, la santé, les services sociaux et le logement, afin d'assurer à tous les Canadiens et Canadiennes les conditions essentielles à une certaine qualité de vie. Pour élaborer et offrir ces programmes, les rôles respectifs des gouvernements fédéral et provinciaux ont été divisés selon les responsabilités des pouvoirs législatifs tels que répartis par l'*Acte de l'Amérique du Nord Britannique* en 1867, puis par l'*Acte Constitutionnel* de 1982. Ces deux lois accordent généralement la juridiction des champs d'intérêt national au gouvernement fédéral et celle des sujets d'intérêt local ou de nature spécifique aux gouvernements provinciaux; ces derniers peuvent déléguer une partie de ces responsabilités aux municipalités. Ce partage des pouvoirs exige une collaboration étroite entre le fédéral et les provinces pour élaborer des politiques efficaces, pour accroître le rendement des opérations, pour minimiser la duplication des activités et pour contrôler les dépenses, tout en respectant les juridictions de chacun.

Au cours des dernières années, ces programmes ont été soumis à différentes formes de pressions résultant de nombreux facteurs, tels la modification du contexte économique, les contraintes financières auxquelles sont soumises les administrations fédérale, provinciales et municipales, l'évolution actuelle des relations intergouvernementales et le vieillissement de la population [1].

Cette brochure a trois objectifs:

1. décrire la situation actuelle en ce qui concerne les principaux programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux ayant des répercussions majeures sur les conditions de vie des aîné-e-s;
2. montrer l'interaction existant entre ces différents programmes, et la façon dont cette interaction se répercute sur les services rendus aux aîné-e-s; et
3. faire ressortir les défis à relever pour en arriver à maintenir une bonne qualité de vie pour les aîné-e-s au Canada.

Quatre domaines de programmes sont mis en lumière: la sécurité du revenu, la santé, les services sociaux et le logement. Les programmes décrits ici s'appliquent à l'ensemble de la population; on n'a pas pris en considération les programmes s'adressant aux groupes-cibles comme les autochtones et les anciens combattants.

2

Sécurité du revenu

2.1 Description de la loi et des programmes

En vertu de la Constitution canadienne, le Parlement fédéral et les législatures provinciales et territoriales ont le droit de légiférer dans le domaine de la sécurité du revenu des aîné-e-s. En fait, il s'agit là de l'un des quelques domaines dans lesquels la Constitution reconnaît de façon explicite le pouvoir de légiférer des deux paliers de gouvernement.

Les programmes fédéraux de Sécurité de la vieillesse, du Supplément de revenu garanti et d'Allocation au conjoint ont été créés en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*. Parmi ces programmes, le plus connu est celui de la Sécurité de la vieillesse (SV), auquel est admissible tout citoyen canadien âgé de 65 ans qui satisfait aux conditions minimales de résidence. Les prestations de SV sont entièrement indexées sur l'indice des prix à la consommation (IPC). Elles sont cependant imposables et, à compter de l'année fiscale 1989, seront l'objet d'une récupération fiscale supplémentaire dans le cas des aîné-e-s ayant un revenu annuel supérieur à 50 000$[2]. Le Supplément de revenu garanti (SRG) s'adresse exclusivement aux personnes de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de SV et dont la situation financière est précaire. Contrairement aux prestations de SV, le niveau des prestations du SRG varie en fonction du revenu déclaré du ménage et de l'état civil du bénéficiaire. Une autre importante différence réside dans le fait que le SRG n'est pas imposable. Le SRG est indexé sur l'IPC. Le programme d'Allocation au conjoint (AC) ressemble au SRG, mais il s'adresse exclusivement aux personnes âgées de 60 à 64 ans, qui sont des conjoints de bénéficiaires du SRG, ou des veufs ou veuves. Comme dans le cas du SRG, ce programme a été créé dans le but d'améliorer la situation financière des aîné-e-s canadiens à faible revenu.

Bien que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux disposent des pouvoirs législatifs leur permettant de mettre sur pied des programmes de sécurité du revenu à l'intention des aîné-e-s, seuls les deux territoires et six provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse) se sont prévalus de ce droit. Comme les autorités provinciales et territoriales avaient la liberté de concevoir leurs programmes comme elles l'entendaient, chacun de ces programmes a ses caractéristiques propres. Ainsi, même si les sommes versées ne

représentent généralement qu'une portion des prestations accordées en vertu des programmes fédéraux, l'importance du supplément provincial varie d'une administration à l'autre. Les programmes se ressemblent cependant du fait que les bénéficiaires potentiels de chaque province ou territoire concerné doivent déjà être des prestataires du SRG ou de l'AC.

Une contribution importante au système canadien de sécurité du revenu des aîné-e-s provient du Régime de pensions du Canada (RPC) et du Régime de rentes du Québec (RRQ). Seuls les aîné-e-s ayant cotisé à ces régimes au cours de leur vie active et leurs époux, épouses ou enfants survivants sont admissibles à des prestations de retraite. De plus, le RPC ne peut être modifié qu'avec le consentement d'au moins deux tiers des provinces et des territoires dont la population confondue représente au moins deux tiers de la population canadienne[3]. Aux termes de l'entente sur le RPC, les provinces et territoires ont le droit de se retirer du RPC et de mettre sur pied un régime comparable qui leur est propre; cependant, jusqu'à ce jour, seul le Québec s'est prévalu de ce droit. Toute modification du RRQ est décidée unilatéralement par le Québec.

En plus des programmes de sécurité du revenu, les aîné-e-s bénéficient d'allégements fiscaux consentis par les deux niveaux de gouvernement. En outre, différentes formes d'encouragements ont été créés dans le but d'inciter les gens à économiser en prévision de leur retraite; parmi ces encouragements, les plus connus sont les régimes enregistrés d'épargne retraite (REER).

En dernier lieu, il existe un vaste éventail de régimes de retraite supplémentaires dont la plupart sont soumis à la législation provinciale ou territoriale. Toutefois, la majorité des travailleurs et travailleuses dans le secteur privé ne bénéficient d'aucun de ces régimes[4].

2.2 Incidences sur les aîné-e-s

En général, la situation financière des aîné-e-s au Canada s'est améliorée au cours des vingt dernières années. La création de programmes de sécurité du revenu et en particulier du RPC/RRQ a contribué largement à cet état de choses. L'exigence relative à un consensus fédéral-provincial-territorial pour toute modification du RPC lui confère une uniformité et une stabilité qui sont considérées comme les forces du programme, car le régime est ainsi moins vulnérable aux aléas de la politique. En tant que gestionnaire de son propre régime, le Québec a été en mesure d'agir unilatéralement pour en rajuster les prestations. En général, les changements apportés à un régime sont éventuellement apportés à l'autre afin de maintenir la similarité entre le RPC et le RRQ. Par exemple, la retraite flexible a été intégrée au RRQ en 1984 et au RPC en 1987; une nouvelle formule de calcul des plafonds des revenus

adoptée pour le RPC en 1987 a aussi été mise en vigueur par le Québec peu après.

Bien que les divers paliers de gouvernement aient le pouvoir de légiférer dans le domaine des règlements s'appliquant aux régimes de retraite supplémentaires, les progrès réalisés en ce domaine ont été jusqu'à ce jour relativement modestes. Une des raisons qui explique cet état de choses est que la collaboration du secteur privé et des syndicats a fait défaut[5]. En outre, si l'une ou l'autre des administrations (fédérale, provinciale ou territoriale) désire modifier sa réglementation, elle n'est pas tenue d'agir en consultation et de concert avec les autres; cette autonomie rend difficile l'amélioration concertée des régimes de pensions supplémentaires. Un mouvement dans cette direction a été amorcé. À la suite de vastes consultations, des changements comprenant l'uniformisation de plusieurs dispositions ont été apportés aux normes des pensions du gouvernement fédéral et à celles de presque toutes les provinces concernant les pensions du secteur privé. Un grand nombre de lacunes communes sont en voie d'être corrigées, entre autres, le niveau peu élevé des prestations et l'absence de transférabilité des régimes, d'indexation des prestations, de prestations au survivant et d'acquisition.

L'autonomie des gouvernements provinciaux et territoriaux soulève également des difficultés dans le cas du supplément de revenu. Les efforts visant à améliorer le système de sécurité de revenu de tous les aîné-e-s au Canada sont compliqués encore davantage du fait que les autorités provinciales et territoriales ont la liberté de créer des programmes de supplément de revenu, d'éliminer ces programmes ou d'y apporter des modifications comme il leur convient.

L'interaction des programmes fédéraux et des programmes provinciaux et territoriaux a un certain nombre de conséquences négatives sur la situation économique des aîné-e-s. Le SRG et les compléments versés par les provinces et les territoires sont particulièrement vulnérables aux changements de gouvernements et ne peuvent ainsi être considérés comme une source de revenu fiable[6]. Plutôt que d'avoir recours à des suppléments de revenu, il serait de loin préférable que les aîné-e-s puissent retirer des prestations provenant d'un régime auquel ils auraient cotisé avant l'âge de la retraite (p. ex., RPC/RRQ et régimes de pensions supplémentaires) et qui leur permettrait d'avoir un niveau de vie acceptable. Néanmoins, nous aurons toujours besoin d'un système de sécurité sociale pour protéger ceux et celles qui n'ont pu contribuer régulièrement à un régime de pension.

Il y a d'autres exemples des effets de l'interaction de la législation et des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la sécurité du revenu des aîné-e-s. Notamment, les inéquités dans le bien-être économique des aîné-e-s

des différentes provinces; et le fait que les autorités gouvernementales à tous les paliers peuvent répondre aux demandes formulées par les aîné-e-s concernant l'amélioration de leur sécurité de revenu, en affirmant que ces questions ne relèvent pas de leur champ de compétence, et que le secteur privé peut de son côté, répondre que la sécurité du revenu est une responsabilité gouvernementale.

2.3 Les défis à relever

Les principaux défis à relever sont les suivants:

- éliminer les inéquités dans le bien-être économique des aîné-e-s, inéquités dues soit à l'absence soit à la disparité des suppléments de revenu offerts par les provinces-territoires;
- harmoniser les programmes fédéraux et provinciaux pour éviter la duplication et combler les brèches, notamment la protection inadéquate des femmes vivant seules et des immigrants aînés;
- continuer d'améliorer par voie législative les dispositions des régimes de retraite supplémentaires (p. ex., acquisition, transférabilité, prestations aux survivants, indexation) et augmenter le nombre de travailleurs du secteur privé pouvant avoir accès à de tels régimes;
- assurer que les fonds de retraite des régimes privés soient protégés par voie législative;
- faire en sorte que le processus décisionnel fédéral-provincial-territorial puisse se dérouler promptement pour modifier le RPC afin d'augmenter le nombre de travailleurs qui peuvent y avoir accès et le rendre plus équitable.

3
Santé

3.1 Description de la loi et des programmes

Le pouvoir constitutionnel de légiférer dans le domaine de la santé relève principalement des provinces. Ce sont les provinces qui déterminent la nature des services devant être rendus, l'endroit où ces services seront rendus, la façon dont ils seront assurés, le coût de ces services ainsi que leur mode de financement. Le gouvernement fédéral quant à lui, assume une partie des dépenses reliées à la santé en vertu du pouvoir de dépenser qui lui est conféré par la Constitution. Il assume également à lui seul la responsabilité des soins de santé de certains groupes de clients, tels que les forces armées, les autochtones, la Gendarmerie royale du Canada, les immigrants ou les réfugiés à certains stades du processus d'immigration, ainsi que les habitants du Yukon[7]. De plus, il

surveille la réglementation des médicaments, recueille des données sur l'incidence des maladies et maintient des services médicaux d'urgence.

La première intervention du gouvernement fédéral en matière de politique de la santé a été de créer le ministère fédéral de la Santé en 1919. L'une des premières fonctions du ministère a été de fournir des subventions pour contrôler la propagation des maladies vénériennes. Cette intervention a constitué la première forme d'aide financière aux municipalités et aux provinces dans le but de faire la promotion de la santé et du bien-être public sur une base nationale.

La première expérience de frais partagés du gouvernement fédéral a été tentée en 1948 avec l'implantation du Programme des subventions nationales à la santé. Par ce programme, le gouvernement offrit un appui financier à un vaste ensemble de services de santé provinciaux, par exemple la construction d'hôpitaux et la formation de personnel; le programme permit aussi d'élaborer un programme national d'assurance-santé. L'adoption, en 1957, de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* prévoyait le partage des dépenses reliées au fonctionnement des hôpitaux, à la condition que les provinces participantes mettent en place des régimes d'assurance-hospitalisation dont les avantages soient universels et transférables, que ces régimes prévoient l'application de normes pertinentes en ce qui a trait aux services hospitaliers et à la tenue des dossiers et qu'ils soient administrés par des organismes publics. La loi établissait également des paiements de transfert afin de permettre aux provinces plus pauvres de fournir des services hospitaliers comparables à ceux des provinces plus riches.

En 1966, le Parlement adopta la *Loi sur les soins médicaux* portant sur le financement des services médicaux. Aux termes de cette loi, le gouvernement consentait à partager les frais médicaux des provinces qui acceptaient de se conformer aux quatre conditions suivantes:

- tous les services devaient être couverts;
- toute la population devait avoir droit à des services assurés;
- les avantages prévus devaient être transférables entre les provinces; et
- l'administration du régime d'assurance devait être assurée par un organisme public.

Dès 1971, toutes les provinces avaient accepté de se conformer à ces conditions.

Depuis 1977, l'importance de l'aide fédérale est déterminée par les dispositions de la *Loi sur le financement des programmes établis*[8]. Cette loi prévoit que la contribution fédérale doit prendre la forme d'un versement en espèces calculé en fonction du nombre d'habitants et d'un transfert de points d'impôt des particuliers et des sociétés. Cette contribution permet aux provinces de fournir à leur population les services de santé

qu'elles jugent nécessaires. De plus, le Fédéral verse aux provinces une somme additionnelle par habitant pour encourager ces dernières à mettre sur pied des services complémentaires de santé, tels les soins à domicile, les services de soins ambulatoires, les soins courants en foyers de soins infirmiers et les soins aux adultes en établissement.

Depuis 1984, pour bénéficier entièrement des contributions financières fédérales, les provinces doivent se conformer aux critères et aux conditions établis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cela comprend les quatre critères et conditions fixés antérieurement par la *Loi sur les soins médicaux*, et un cinquième, «l'admissibilité», c'est-à-dire le droit pour les personnes assurées d'avoir un accès raisonnable aux services de santé assurés sans avoir à encourir des frais additionnels, tels que des frais d'utilisation ou une surfacturation. Si une province ne respecte pas ces conditions, le financement fédéral peut être réduit et, dans le cas du recours à la surfacturation ou aux frais d'utilisation, le gouvernement fédéral doit réduire sa contribution d'un montant égal aux sommes recueillies au moyen de telles pratiques.

Bien que chaque province ait mis au point sa propre législation dans le domaine de la santé, les dispositions de base des différentes législations se ressemblent d'une province à l'autre. Ceci s'explique par le fait que les lois provinciales ont été adoptées pour donner suite aux initiatives fédérales visant à mettre en place un programme national d'assurance-santé. Cependant, compte tenu du fait que les gouvernements provinciaux ont la liberté de donner à leur système de santé les orientations qu'ils jugent appropriées, quelques différences ont fait jour; ainsi, certaines provinces ont mis sur pied une gamme de services de soins à long terme et supplémentaires beaucoup plus vite que d'autres.

Depuis le milieu des années 70, la contribution relative du gouvernement fédéral au financement des soins de santé diminue. Les provinces doivent ainsi s'appuyer de plus en plus sur leurs propres ressources, tout en étant toujours obligées de satisfaire aux normes nationales sous peine d'être pénalisées financièrement pour les services compris dans *La loi canadienne sur la santé*. En même temps, elles sont confrontées à de nouveaux défis, entre autres la proportion croissante d'aîné-e-s au sein de la population.

3.2 Incidences sur les aîné-e-s

Dans le domaine de la santé, les aîné-e-s ont droit aux mêmes services de base que le reste de la population et, selon leur province de résidence, ils peuvent également avoir droit à divers services supplémentaires comme l'aide relative aux médicaments. Bien que les aîné-e-s, en tant que groupe, soient en assez bonne santé, une proportion relativement faible d'entre eux font un usage démesuré du système de

santé[9]. Ceci a donné lieu à de sombres et alarmantes prédictions concernant l'avenir du système. Cependant, l'incidence du vieillissement de la population sur l'augmentation des dépenses dans le domaine de la santé publique au Canada a été moins grande qu'on le prévoyait dans les années 70[10].

Les raisons principales de l'augmentation du coût des soins de santé résident dans le système de santé lui-même, et en particulier, dans les problèmes éprouvés sur le plan de la prestation des services, de l'administration, de la planification et des priorités de financement[11]. Dans le domaine des soins de santé, l'approche dominante continue d'être une approche essentiellement curative et axée sur les soins en établissement. Non seulement les services curatifs en établissement sont-ils coûteux (ils représentent actuellement 80 cents de chaque dollar dépensé en frais de santé[12]), mais ils sont de plus largement inappropriés dans le cas d'une population vieillissante. Bien que les aîné-e-s, comme tout le monde, peuvent se retrouver dans des situations critiques nécessitant des services curatifs, la plupart de leurs problèmes de santé peuvent être décrits comme des désordres chroniques nécessitant une aide multidimensionnelle, incluant des soins à domicile, et en certains cas des soins en établissement.

L'interaction des lois fédérales et provinciales a une incidence indirecte mais néanmoins significative sur le bien-être des personnes âgées résidant dans des établissements de soins de longue durée. Ces établissements assurent des soins de santé et divers autres services (p. ex., hygiène, repas, hébergement) qui ne sont pas strictement médicaux. Ceci donne lieu à des arrangements financiers fédéraux-provinciaux de nature complexe. Par exemple, alors que les soins médicaux et infirmiers sont financés par le système de soins de santé, les soins d'hygiène personnelle et l'hébergement sont financés de diverses façons, soit par le système de soins de santé, soit par le Régime d'assistance publique du Canada[13], soit par des paiements versés par les résidents de l'établissement, ou encore par une quelconque combinaison de ces différentes formules.

Il résulte de tout ceci que le système de soins de longue durée en établissement varie beaucoup d'un endroit à l'autre; ce sont les autorités provinciales qui déterminent les critères d'admission, les coûts d'hébergement, etc. Cette diversité des soins en établissement est aggravée par le fait que la plupart des provinces confient la responsabilité de ces soins aux municipalités, à des organismes sans but lucratif ou au secteur privé.

Bien que les soins à domicile soient souvent considérés comme une solution de rechange plus rentable que les soins en établissement et qu'il s'agisse également de la formule que bien des aîné-e-s préfèrent, l'interaction des programmes et de la législation du

gouvernement fédéral et des provinces vient également compliquer la prestation des services en ce domaine.

Pour les services de soins en établissement et de soins à domicile financés par le système de soins de santé, la contribution fédérale provient des sommes versées en vertu des dispositions relatives aux Services complémentaires de santé (SCS). Cette contribution est établie en fonction de la population des provinces et n'est pas conditionnelle au respect par ces dernières des cinq critères définis dans la *Loi canadienne de la santé*. Les provinces sont tout simplement tenues de fournir au gouvernement fédéral de l'information concernant les services financés par les SCS et de reconnaître la contribution fédérale.

Ce système a donné lieu à un développement inégal des programmes et des services d'une province à l'autre; à des disparités dans les coûts exigés des utilisateurs aînés et dans l'accès aux services; à l'absence de coordination entre les secteurs public, communautaire et privé; aux difficultés éprouvées par les autorités gouvernementales à satisfaire aux demandes ou à contrôler la qualité des services; à des différences dans la façon dont les provinces abordent des questions telles que la privatisation et la commercialisation des services.

3.3 Les défis à relever

Le système de santé canadien jouit d'une bonne réputation tant auprès de ses utilisateurs qu'auprès des observateurs étrangers. Il présente cependant certains défauts. Les principaux défis que l'on se doit de relever en ce domaine sont les suivants:

- s'assurer que les régimes d'assurance-santé provinciaux continuent de respecter les critères établis dans la *Loi canadienne de la santé*;
- développer un système de soins complet et intégré qui comporte à la fois l'approche curative et les soins en établissement et un modèle qui prône la collectivité, la prévention, le soutien et la réadaptation;
- s'assurer que la privatisation et la commercialisation des services de santé respectent les principes sur lesquels le système d'assurance-santé canadien est fondé;
- mettre au point une définition et des normes communes s'appliquant aux soins de longue durée dispensés à domicile ou en établissement; et
- mieux coordonner les arrangements fédéraux-provinciaux relatifs au financement des programmes sociaux et de la santé, afin de mieux répondre aux besoins des aîné-e-s dont la santé est plus fragile, que ces derniers soient à la maison ou dans des établissements.

4

Services sociaux

4.1 Description de la loi et des programmes

Les trois paliers d'administration interviennent dans le domaine des services sociaux. Toutefois, ce sont les provinces, territoires et municipalités qui interviennent directement et visiblement dans l'administration de ces programmes, y compris leur conception, leur perspective globale, leurs critères d'admissibilité et leurs méthodes d'exécution. S'appuyant sur le pouvoir de dépenser qui lui est conféré par la Constitution, le gouvernement fédéral participe au financement des programmes sociaux en fixant les conditions du partage des frais.

La contribution fédérale en ce domaine se fait par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). En vertu d'ententes avec les provinces[14], le Fédéral assume la moitié des frais encourus par les provinces et les municipalités pour la prestation d'un certain nombre de services de bien-être aux personnes dans le besoin ou qui sont susceptibles de le devenir si de tels services ne leur sont pas fournis. Cela n'exclut pas les aîné-e-s.

Les arrangements fédéraux-provinciaux relatifs aux services sociaux diffèrent de ceux qui prévalent dans le domaine de la santé, et cela aux chapitres du financement, de l'accessibilité et du mode de prestation. Les principales distinctions sont:

- le RAPC est un programme fondé sur une évaluation des besoins plutôt qu'un programme universel;
- il n'existe pas de niveau minimum de services de base dans le domaine des services sociaux (il revient aux provinces d'établir l'éventail des programmes à fournir);
- certains services considérés comme des services sociaux dans une province peuvent être considérés comme des services de santé dans l'autre, ou ne sont pas considérés du tout;
- les termes utilisés pour décrire des services semblables ne sont pas les mêmes d'une province à l'autre; et
- les frais des services sociaux devant rapporter des profits ne sont généralement pas partageables.

4.2 Incidences sur les aîné-e-s

Les aîné-e-s que l'on juge être dans le besoin peuvent bénéficier des services suivants, s'ils sont disponibles dans la province où ils résident: services de soutien à domicile, tels que repas à la maison, aide vestimentaire, transport, soins d'hygiène personnelle; services de réadaptation; services d'hébergement (maisons de retraite) et services funéraires. Bien que ces ressources

ne soient pas destinées uniquement aux aîné-e-s, ces derniers sont néanmoins susceptibles d'en être les principaux utilisateurs.

Les conséquences de l'interaction (ou de l'absence d'interaction) des lois fédérales et provinciales sont évidentes dans la prestation des services d'hébergement et de soutien à domicile. Il serait certainement injuste de dire que tous les problèmes éprouvés en ce domaine sont attribuables aux relations intergouvernementales mais on n'insiste pas suffisamment sur cet aspect de la question[15]. Selon leurs ressources, leur philosophie particulière, la proportion d'aîné-e-s dans leur population, leurs traditions ou d'autres facteurs encore, chaque province décide individuellement d'établir ou non un réseau de soutien à domicile, d'imposer un barème de frais d'utilisation, de confier à des organismes provinciaux, municipaux ou communautaires la responsabilité d'assurer ces services, d'établir un système permettant de sélectionner les groupes-cibles de bénéficiaires, et ainsi de suite. Dans certaines provinces où des efforts considérables et systématiques ont été faits pour mettre en place de tels services, les aîné-e-s peuvent bénéficier d'un éventail de services d'hébergement et de soutien à domicile relativement intégrés et efficaces; dans d'autres, les services offerts sont inadéquats et peu susceptibles de répondre aux besoins des aîné-e-s.

Finalement, le fait de consacrer les fonds versés au chapitre du RAPC au financement des programmes s'adressant aux personnes dans le besoin ou qui sont susceptibles de le devenir, a laissé la porte ouverte à la création de services à but lucratif destinés aux personnes ne satisfaisant pas aux critères d'admissibilité. Bien que quelques provinces aient pris des mesures pour réglementer de tels services, il n'existe jusqu'à présent aucune norme nationale permettant d'assurer la qualité optimale des services sociaux à travers le Canada.

4.3 Les défis à relever

Les défis à relever sont:

- en arriver à une même définition des services sociaux et à l'application de normes optimales en ce domaine;
- s'entendre pour fournir un éventail minimal de services sociaux de base dans toutes les provinces, en particulier dans les régions rurales;
- intégrer de façon cohérente les services sociaux au système de soins de santé et de logements sociaux; et
- réglementer l'industrie des services à but lucratif.

5

Logement

5.1 Description de la loi et des programmes

L'habitation est une composante essentielle des politiques sociales vu son importance pour le bien-être des individus, et de tous les besoins élémentaires, il est le plus coûteux à rencontrer.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont tous deux des pouvoirs de légiférer et des responsabilités dans le domaine du logement. Les municipalités ont également des pouvoirs de réglementation et certains pouvoirs d'imposition en ce domaine. Les limites de ces pouvoirs sont définies par des lois adoptées par les législatures provinciales, mais en réalité, ces pouvoirs sont considérables. Ainsi, une municipalité peut, par un règlement de zonage, aider ou nuire à la réalisation d'un projet d'habitation.

La politique fédérale en matière de logement est basée sur la *Loi nationale sur l'habitation* adoptée en 1944, afin d'améliorer le logement et les conditions d'habitation au Canada. La loi a précisé quelle contribution financière le Fédéral verserait aux provinces au chapitre du logement et comment un organisme fédéral responsable des questions de logement serait créé.

Outre cette loi, des ententes bilatérales ont été signées avec toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et des deux territoires. Ces ententes régissent la coopération fédérale-provinciale en matière de logement et déterminent les rôles respectifs des deux paliers de gouvernement dans la réalisation, la gestion ou le maintien des projets d'habitation. Dans les provinces où de telles ententes existent, les programmes de logement social sont réalisés selon l'une ou l'autre des formules suivantes: projets menés conjointement par le Fédéral et la Province, ou projets exécutés directement par le gouvernement fédéral. Dans un cas comme dans l'autre, les gouvernements provinciaux peuvent mettre au point des programmes complémentaires correspondant à leurs priorités propres.

Chaque palier de gouvernement concerné par les questions de logement confie la gestion de l'habitation à des organismes créés en vertu d'une loi. Le nom et les responsabilités de ces organismes diffèrent. Ainsi, au niveau fédéral, c'est la Société canadienne d'hypothèques et de logement qui a le mandat «de favoriser la construction de nouvelles maisons, la réparation et la modernisation des maisons existantes, ainsi que l'amélioration des conditions de logement et de vie». Les municipalités peuvent également avoir un service du

logement et quelques-unes disposent en outre de sociétés municipales de logement sans but lucratif.

Au Canada, il n'existe pas de programme fédéral d'habitation destiné exclusivement aux aîné-e-s, quoique plusieurs bénéficient des programmes fédéraux de logement, en vertu d'une disposition s'appliquant à ce qu'on appelle les «besoins impérieux de logement». Cette disposition sert à diriger l'aide vers les personnes éprouvant des problèmes de logement, soit les ménages qui dépensent plus de 25% de leur revenu pour avoir un logement adéquat.

Les quatre principaux programmes fédéraux de logement dont peuvent bénéficier les aîné-e-s sont le Programme de logement public, le Programme de logement sans but lucratif, le Programme de supplément de loyer et le Programme d'aide à la remise en état des logements. Sous l'égide des gouvernements fédéral ou provinciaux (selon les conditions de l'entente bilatérale) des logements sont construits par des entrepreneurs des secteurs privés, sans but lucratif ou coopératif grâce à ces programmes.

En vertu du Programme de logement public, le gouvernement fédéral, ou bien partage avec les provinces le coût en capital et les pertes d'exploitation, dans une proportion de 75/25; ou bien, fournit des prêts représentant 90% de la valeur de la construction et assume la moitié des pertes d'exploitation. Les locataires paient des loyers établis en fonction de leur revenu. À l'heure actuelle, on n'entreprend plus de nouveaux projets d'habitations dans le cadre de ce programme, on se contente d'administrer les ensembles de logements publics existants.

Le Programme de logement sans but lucratif a été créé dans le but d'appuyer les organismes sans but lucratif et les organismes publics (incluant les sociétés d'habitation provinciales et municipales, les coopératives d'habitation permanentes, etc.) qui souhaitent construire ou acquérir des habitations dont ils seront les propriétaires et les gestionnaires, dans le but d'offrir des logements à prix abordable aux ménages éprouvant des besoins impérieux de logement. Les locataires paient un loyer proportionnel à leur revenu.

Le Programme de supplément de loyer aide les ménages dans le besoin à obtenir un logement adéquat, grâce à des subventions accordées à des propriétaires de logements locatifs privés.

Le but du Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL) est d'encourager l'amélioration et la réfection des maisons des familles dont les besoins sur le plan du logement sont qualifiés d'impérieux. L'aide gouvernementale est versée sous forme de prêts. Selon la situation financière des ménages concernés et l'endroit où se trouve la propriété, une partie du prêt peut être effacée. De plus, le PAREL offre des prêts aux personnes handicapées, dont une partie peut être effacée, afin d'améliorer l'accès aux édifices et à

l'intérieur des bâtiments.

En plus de ces quatre programmes d'habitation destinés aux ménages ayant des besoins de logement pressants, les aîné-e-s peuvent également bénéficier du Programme fédéral d'habitation coopérative. Ce programme aide les associations coopératives d'habitation à acheter ou à construire des logements à prix modique.

Même s'il n'existe aucun programme fédéral spécifiquement pour les aîné-e-s, les gouvernements provinciaux peuvent élaborer des programmes complémentaires pour eux. Ainsi, certaines provinces offrent aux aîné-e-s un remboursement pour impôt foncier et six provinces (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau Brunswick et Nouvelle-Écosse) ont mis en place des programmes d'allocation-logement pour les aîné-e-s, grâce auquels ceux-ci se voient rembourser la portion de leurs frais de loyer jugée excessive.

5.2 Incidences sur les aîné-e-s

Bon nombre d'aîné-e-s ont bénéficié de ces programmes d'habitations subventionnés, mais il reste des difficultés.

Plusieurs unités d'habitation prévues pour les ménages ayant un revenu faible ont été construites grâce aux Programmes d'habitation publique et d'habitation sans but lucratif jusqu'aux années 1970. Plusieurs de ces unités sont maintenant occupées par les aîné-e-s. Depuis la fin des années 1970 toutefois, les gouvernements fédéral et provinciaux sont moins impliqués dans la construction d'habitations privées, bien qu'ils conservent un rôle important en apportant une aide financière aux organismes sans but lucratif et aux coopératives d'habitation. Pour cette raison, la construction de nouvelles unités de logement social a énormément ralenti alors que le nombre d'aîné-e-s augmente constamment. On s'inquiète de la pénurie de loyers à prix modiques et de logements adaptés aux divers besoins des aîné-e-s, surtout d'unités de logement conçues pour renforcer l'autonomie des aîné-e-s frêles et des personnes handicapées.

Le gouvernement met maintenant l'accent sur l'entretien et l'amélioration de logements. Le PAREL a été utile par exemple, aux aîné-e-s à revenu faible et vivant dans des logements vieillissants. Plusieurs n'auraient pas le moyen autrement de réparer leur maison.

De plus, on s'intéresse aux unités de logement public qui vieillissent. Environ la moitié des locataires de ces logements sont des aîné-e-s, et à mesure qu'ils avancent en âge, leurs besoins doivent être pris en compte. Ceci veut dire que des logements conçus en fonction de gens bien portants sont maintenant occupés par des résidents qui ont besoin d'un grand nombre de services sociaux et de santé. L'écart entre les caractéristiques offertes et les caractéristiques nécessaires doit être réduit pour que les unités de logement public disponibles soient

utilisées efficacement et améliorent la qualité de vie des résidents aînés.

Les programmes gouvernementaux ont fourni un stock de logements de bonne qualité mais ils n'ont pas fourni l'éventail de modèles de logements, d'aménagements géographiques et de spécifications de construction qui accommoderaient une population vieillissante. Ce manque provient en partie, des exigences et règlements imposés par les divers gouvernements. Certains règlements garantissent que les logements sont appropriés pour les aîné-e-s, d'autres nuisent à l'élaboration de solutions qui se révèleraient avantageuses. Par exemple, certaines spécifications comme la largeur des portes et la tension des mécanismes de fermeture des portes sont inappropriées pour la population âgée. De plus, les gouvernements municipaux ont toujours des règlements de zonage qui ont eu pour effet de ralentir le développement de logements spéciaux comme le logement-foyer, l'appartement accessoire, ou le pavillon-jardin.

Plutôt que d'offrir des subsides à la construction résidentielle, les gouvernements offrent maintenant des suppléments de revenu aux individus à revenu faible; cette réalité est réflétée par la prolifération des allocations-logement provinciales. Cette politique n'est pas très efficace, les gouvernements ayant délaissé le contrôle de la construction résidentielle, surtout en ce qui a trait aux logements adaptés pour les aîné-e-s.

Enfin, malgré des sommes considérables dépensées en matière de logement ces investissements n'ont pas réussi à éliminer les problèmes de logement qu'ont les aîné-e-s. Plusieurs ont aussi de la difficulté à se loger à prix abordable et il devient de plus en plus évident que l'habitation pour les aîné-e-s doit inclure des services sociaux et de santé. L'impact des modifications aux politiques affectant le secteur de l'habitation doit être mesuré séparément et conjointement avec les politiques de sécurité du revenu, de la santé et des services sociaux.

5.3 Les défis à relever

Les défis visent à:

- garantir que les programmes d'habitation soient également efficaces partout au Canada pour répondre aux besoins des groupes qui ont le plus de problèmes à se loger, surtout les aîné-e-s;
- développer la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux pour fournir aux aîné-e-s un éventail de logements abordables, adaptés et géographiquement accessibles et pour modifier au besoin les spécifications de construction;
- faciliter la participation d'intervenants communautaires avec les gouvernements pour fournir des logements et de l'aide à l'habitation aux aîné-e-s; et
- élaborer un cadre politique inter-gouvernemental et multi-sectoriel qui intègrerait les domaines de la sécurité du revenu, de la santé et des services sociaux et de l'habitation.

6
Conclusion

Les Pères de la Confédération croyaient que le partage des pouvoirs, tel qu'établi en vertu de la Constitution, aurait pour effet de limiter les sources potentielles de tension entre les divers paliers de gouvernement. La Constitution a été conçue à une époque où l'intervention du gouvernement dans le domaine des affaires sociales était négligeable, et c'est peut-être dans ce domaine que les problèmes soulevés par le partage des pouvoirs sont les plus aigus. De même, les événements récents ont amplement montré combien il est difficile, tant sur le plan politique que sur le plan juridique, d'amender les clauses de la Constitution.

Avec la création d'un système public d'aide sociale, les provinces et territoires héritaient de très lourdes responsabilités envers les aîné-e-s. Cependant, leur pouvoir de lever des impôts et des taxes étaient limités par rapport à ceux du Fédéral. La collaboration et les compromis entre les gouvernements ont donc été essentiels. À mesure que de nouveaux facteurs économiques et politiques entraient en jeu, les pressions sur les provinces et territoires se sont faites plus fortes. L'adoption de la Charte canadienne des droits et libertés, la signature de l'Accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, la croissance de la dette publique et l'affirmation politique de certaines provinces sont quelques-uns des facteurs qui influencent indirectement l'élaboration des politiques sociales qui seront nécessaires pour faire face au vieillissement de la population.

Les suggestions formulées dans ce document concernant l'amélioration des programmes sociaux mis à la disposition des aîné-e-s dans le domaine de la sécurité du revenu, des services sociaux, du logement et des soins de santé, sont axées sur la coordination, l'harmonisation et la normalisation des services à travers le Canada.

Toutefois, on se doit de reconnaître qu'une approche aussi centralisée du fédéralisme canadien sacrifie les différences régionales et la répartition du pouvoir. Jusqu'à maintenant, le système canadien d'aide sociale a été le résultat d'un jeu d'équilibre dans lequel on a tenté d'assurer les services tout en respectant l'autonomie provinciale. Ceci a donné lieu à l'adoption d'une série de lois dont les conséquences sont loin d'être idéales. Ce dont on a besoin, c'est d'une politique relative au vieillissement, nationale et multi-sectorielle (sécurité du revenu, santé, services sociaux et logement), qui touche tous les paliers de gouvernement.

Jusqu'à ce jour, le gouvernement fédéral a assumé un leadership en matière de sécurité du revenu, de santé, de programmes sociaux et d'habitation grâce à son appui financier partout au pays. En continuant de subventionner ces programmes, le Fédéral peut conserver de l'influence auprès des provinces et faire la promotion de la parité régionale.

Si le vieillissement de la population est un problème difficile dans un pays où le système politique est unitaire, on peut aisément imaginer l'ampleur du problème qu'il soulève dans une fédération. Les trois paliers de gouvernement du Canada doivent par conséquent faire preuve de lucidité, de flexibilité et de solidarité s'ils veulent être en mesure de relever le défi.

Références

1. Les projections démographiques indiquent qu'en 2011 les aîné-e-s de 65 ans et plus représenteront un peu plus de 15 % de la population canadienne, alors qu'en 1986, les aîné-e-s ne constituaient que 10,7 % de la population du Canada. Passé 2011, la génération du baby-boom franchira graduellement le cap des 65 ans, ce qui augmentera de façon significative la population des aîné-e-s. En 2021, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient représenter approximativement 20% de la population.
(Stone, L. O. et S. Fletcher. (1986). *Le Boom du troisième âge*. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services.)

2. À partir de l'année fiscale 1989, les prestations de la sécurité de la vieillesse font l'objet d'une récupération fiscale de 15 % du revenu net excédant 50 000 $. Cette récupération fiscale sera implantée au cours des trois années qui viennent; en 1989, seulement un tiers de la récupération calculée est payable; en 1990, deux tiers; et le montant total en 1991 et pour les années suivantes. Le seuil de 50 000 $ à partir duquel le revenu devient taxable sera partiellement indexé sur l'indice des prix à la consommation moins 3 % à compter de 1990.

3. En 1985, le gouvernement fédéral et les provinces et territoires se sont entendus sur des modifications à apporter au RPC et ces modifications ont été mises en vigueur en 1987. Les niveaux de contributions au RPC sont révisés tous les cinq ans.

4. Myles, J. et L. Teichroew. (1990). Une politique dualiste: la politique de la vieillesse au Canada. Dans H. David (éd.). *Le vieillissement au travail*. Montréal: Institut de recherche appliquée sur le travail.

5. Un certain nombre de syndicats, par exemple, ont été réticents à promouvoir les régimes de retraite supplémentaires pour les travailleurs et travailleuses à revenu faible, d'une part parce que les prestations futures de ces régimes ne seraient pas nécessairement plus élevées que les prestations versées en vertu de la SV ou du SRG, et d'autre part, parce que les travailleurs et travailleuses seraient en outre contraints de cotiser à ces régimes à même leur salaire actuel. Ces derniers seraient ainsi pénalisés à court terme, sans avoir de garantie d'un gain à long terme.

6. Bien que les programmes de la sécurité du revenu puissent être modifiés ou éliminés par le biais de la loi, les protestations véhémentes du public en 1984, alors que le

gouvernement fédéral tentait de désindexer les prestations de la SV laissent croire que de telles mesures législatives pourraient rencontrer beaucoup de résistance de la part de la population.

7. Tout comme les provinces, les Territoires du Nord-Ouest ont désormais la responsabilité d'assurer leurs propres services de santé. Le Yukon, pour sa part, continue à dépendre largement des services de santé fournis par le Fédéral par l'entremise du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

8. Par la suite appelée la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé.

9. Les aîné-e-s de 75 ans et plus utilisent par tête presque quatre fois plus de services médicaux que les personnes de 15 à 44 ans. (Crichton, A. et D. Hsu. (1990). *Canada's health care system: Its funding and organization.* Ottawa: Canadian Hospital Association Press.)

Cependant cette utilisation des services est surtout concentrée dans les derniers mois ou la dernière année de leur vie.
Evans, R. (1987). Hang together or hang separately: The viability of a universal health care system in an aging society. *Analyse de Politiques.* 13(2), p. 165-180.

10. Roos, N. et al. (1986, mai). Aging with limited resources: What should we really be worried about? Dans *Aging with limited health resources: Proceedings of a colloquium on health care.* Ottawa: Conseil économique du Canada. p. 50-56.
Evans, R.,(op. cit).

11. Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991). *La position du CCNTA sur les coûts de santé chez une population vieillissante.* Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services.

12. Tremblay, D. Relations intergouvernementales et vieillissement démographique: Défis canadiens. Non publié.

13. Pour plus de détails concernant le Régime d'assistance publique, se référer à la section 4.

14. Dans la présente section, le terme «provinces» inclut les deux territoires.

Dans le cas du Québec, les arrangements relatifs au financement par le gouvernement fédéral reposent sur le transfert d'une série de paiements plutôt que sur le partage des coûts de services spécifiques.

15. Tremblay, D., (op. cit).
Hepworth, P. (1990). (Communication personnelle en réponse à une première ébauche du présent document).